



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**Instituto Nacional de Perinatología**

**EFFECTOS DE LA CIRUGÍA DE PROLAPSO DE ÓRGANOS  
PÉLVICOS EN LA SINTOMATOLOGÍA SEXUAL**

**T E S I S**

**Que para obtener el título de:**

**ESPECIALISTA EN UROLOGÍA GINECOLÓGICA**

**PRESENTA**

**MARIO FERNANDO TABARES BLANCO**

**DRA. ESTHER SILVIA RODRÍGUEZ COLORADO  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE  
ESPECIALIZACIÓN EN UROLOGÍA  
GINECOLÓGICA Y DIRECTORA DE TESIS**



**DRA. VIRIDIANA GORBEA CHÁVEZ  
ASESORA DE METODOLOGÍA**

**Ciudad de México**

**AÑO 2019**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AUTORIZACIÓN DE TESIS

TÍTULO DE LA TESIS: "EFECTOS DE LA CIRUGÍA DE  
PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS EN LA  
SINTOMATOLOGÍA SEXUAL"



---

**Dra. Viridiana Gorbea Chávez**

Directora de Educación en Ciencias de la Salud  
Instituto Nacional de Perinatología



---

**Dra. Esther Silvia Rodríguez Colorado**

Profesora Titular del Curso en Urología Ginecológica  
Instituto Nacional de Perinatología



---

**Dra. Esther Silvia Rodríguez Colorado**

Directora de tesis  
Instituto Nacional de Perinatología



---

**Dra. Viridiana Gorbea Chávez**

Directora de Educación en Ciencias de la Salud  
Instituto Nacional de Perinatología

# **Efectos de la cirugía de prolapso de órganos pélvicos en la sintomatología sexual**

## **ÍNDICE GENERAL**

Abstract	Página 4
Resumen	Página 5
Introducción	Página 6
Material y Métodos	Página 7
Resultados	Página 8
Discusión	Página 11
Conclusión	Página 13
Bibliografía	Página 14

## ABSTRACT

**Objective:** The prevalence of some form of sexual dysfunction in women with pelvic organ prolapse can reach up to 64%. The objective was to evaluate the sexual symptoms of women with pelvic organ prolapse (POP) before and one year after reconstructive surgery of the pelvic floor with native tissue and mesh.

**Materials and Methods:** A simple retrospective cohort study that included patients who underwent pelvic floor reconstructive surgery between January 2014 and December 2016 of the National Institute of Perinatology. Patients who did not have follow-up or complete information were excluded. The sexual symptoms questioned in the anamnesis were made according to the terminology of the International Continence Society (ICS). The qualitative variables were compared with the McNemar test and  $X^2$ . Statistical analysis was performed with SPSS v24.0.

**Results:** 111 patients were included. The grade II POP was presented in 67 (60.4%) patients, this being the most frequent, the most affected compartment was the previous one in 63 (56.8%) patients. The type of POP correction surgery performed the most was vaginal hysterectomy associated with anterior and posterior colpoplasty in 30 (27%) patients, of which 100 (90.1%) were with native tissue and 11 (9.9%) ) with mesh. The coital (urinary) incontinence decreased significantly in the postoperative group ( $p$  0.035)

**Conclusion:** There was a statistically significant decrease in coital (urinary) incontinence at the first year of follow-up and in sexual desire among patients in the mesh group.

**Keywords:** Prolapse of pelvic organs, sexual symptoms, coital (urinary) incontinence.

## RESUMEN

**Objetivo:** La prevalencia de alguna forma de disfunción sexual en mujeres con prolapso de órganos pélvicos puede alcanzar hasta el 64%. El objetivo fue evaluar los síntomas sexuales de mujeres con prolapso de órganos pélvicos (POP) antes y un año después de la cirugía reconstructiva del piso pélvico con tejido y malla nativa.

**Materiales y métodos:** Es un estudio de cohortes retrospectivo simple que incluyó mujeres que se sometieron a cirugía reconstructiva del piso pélvico entre enero de 2014 y diciembre de 2016 del Instituto Nacional de Perinatología. Las pacientes que no tuvieron seguimiento o completaron la información fueron excluidas. Los síntomas sexuales cuestionados en la anamnesis se hicieron de acuerdo con la terminología de la International Continence Society (ICS). Las variables cualitativas se compararon con la prueba de McNemar y  $\chi^2$ . El análisis estadístico se realizó con SPSS v24.0.

**Resultados:** Se incluyeron 111 mujeres. El POP grado II se presentó en 67 (60,4%) pacientes, siendo este el más frecuente, el compartimento más afectado fue el anterior en 63 (56,8%) pacientes. El tipo de cirugía de corrección POP más realizada fue la histerectomía vaginal asociada a colpoplastia anterior y posterior en 30 (27%) pacientes, de los cuales 100 (90,1%) fueron con tejido nativo y 11 (9,9%) con malla. La incontinencia asociada al coito (urinaria) disminuyó significativamente en el grupo postoperatorio ( $p < 0.035$ )

**Conclusión:** Hubo una disminución estadísticamente significativa en la incontinencia asociada al coito (urinaria) en el primer año de seguimiento y en el deseo sexual entre las mujeres en el grupo de malla.

**Palabras clave:** Prolapso de órganos pélvicos, síntomas sexuales, incontinencia asociada al coito (urinaria).

## INTRODUCCIÓN

La etiología de POP es multifactorial y los principales factores de riesgo son el parto vaginal y las condiciones asociadas al pujo abdominal que pueden dañar las estructuras conectivas que soportan los órganos pélvicos<sup>1</sup>. El POP es por lo tanto una definición de cambio anatómico, considerando algunos de estos cambios normales para ciertas mujeres<sup>2</sup>. La prevalencia de POP puede ser tan alta hasta el 94% si se incluyen las pacientes asintomáticas y con estadio I<sup>3</sup> y es una condición común en las mujeres mayores aumentando su incidencia con la edad<sup>4</sup>.

Sus síntomas pueden causar alteraciones significativas e interferir en las actividades de la vida diaria incluyendo las funciones físicas, sociales y sexuales<sup>5</sup>. Las mujeres con POP, a menudo experimentan disfunción sexual relacionada con factores físicos como sensación de bulto vaginal o temor a las reacciones de sus parejas a sus cambios anatómicos<sup>6</sup>. Hasta el 64% de las pacientes que acuden a alguna clínica de uroginecología reportan alguna forma de disfunción sexual<sup>7</sup>.

El objetivo principal de la cirugía de POP es mantener y restaurar la anatomía fisiológica, y preservar la función sexual, urinaria e intestinal<sup>8</sup>. Aunque algunos autores han informado que el manejo quirúrgico del POP mejora la función sexual, su impacto verdadero no se ha podido confirmar<sup>9</sup>. Un estudio mostro empeoramiento de la sintomatología sexual después de la cirugía de corrección de POP vía vaginal con malla<sup>9</sup>, pero en otros se encontró mejoría en la calidad de vida y función sexual posterior a la cirugía de corrección de POP recurrente<sup>11</sup>.

El objetivo de este estudio es evaluar la sintomatología sexual de mujeres con POP preoperatoriamente y al año después de cirugía reconstructiva de piso pélvico con tejido nativo y malla.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de cohorte simple retrospectiva. Se incluyeron pacientes con POP a las cuales se les realizó cirugía reconstructiva de piso pélvico y que tuvieran seguimiento al año posterior a la cirugía, entre enero de 2014 y diciembre de 2016 del Instituto Nacional de Perinatología de la Ciudad de México. Se excluyeron pacientes que no tenían seguimiento al año o información sobre sintomatología completa en el expediente.

Las variables demográficas incluidas fueron la edad, el número de embarazos y partos, y el índice de masa corporal (IMC). Se realizó historia clínica Uroginecológica completa a todas las pacientes y se interrogaron síntomas sexuales según la terminología de la International Continence Society (ICS)<sup>12</sup> correspondientes a vida sexual, libido (queja de disminución o pérdida del deseo sexual), resequedad vaginal, dispareunia (queja de dolor persistente o recurrente asociado con el intento o la penetración completa) e incontinencia asociada al coito. A las pacientes se les realizó exploración ginecológica completa en posición de litotomía y estadificación del prolapso según la clasificación POP-Q acorde con la ICS<sup>11</sup>.

A las pacientes con POP se les realizó cirugía reconstructiva con tejido nativo y con malla. Dentro de las cirugías de tejido nativo se realizó histerectomía (vaginal y laparoscópica), colpoplastia anterior y posterior, perineoplastia y fijación al ligamento sacroespinoso. Las cirugías con malla incluyeron prótesis de monofilamento macroporo (UPHold™ LITE) y Sacrocolpopexia vía laparoscópica o abdominal (Upsilon™). Las cirugías fueron realizadas por el residente de último año de la especialidad de urología ginecológica bajo la supervisión del médico adscrito. A todas las pacientes se les hizo seguimiento posoperatorio en la primera semana, al mes, a los 6 meses y al año después de la cirugía.

Para el análisis estadístico descriptivo se obtuvieron medias  $\pm$  desviación estándar (DE) para variable cuantitativas y frecuencias para variables cualitativas. Para la comparación de los síntomas sexuales antes y un año posterior a la cirugía de POP con tejido nativo y malla se utilizó la prueba de McNemar. Para la comparación de los síntomas sexuales entre grupos de tejido nativo vs malla antes y después de la cirugía se utilizó la prueba de  $X^2$ . Se utilizó el programa SPSS v 24.0 (IBM).



## RESULTADOS

Se incluyeron 111 pacientes que cumplieron con los criterios de selección, sus características demográficas se describen en la tabla 1.

**Tabla 1.** Características demográficas

<b>Características</b>	<b>Media <math>\pm</math> DE*</b>	<b>Rangos</b>
<b>Demográficas</b>	<b>Mediana**</b>	
Edad (Años)	52,64 $\pm$ 10,430 *	26-80
Gestas	4**	0-14
Partos	3**	0-11
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	29,49 $\pm$ 15,42 *	

*DE: Desviación estándar, IMC: Índice de masa corporal.*

El POP grado I se presentó en 4 (3,6%), grado II 67 (60,4%), grado III 36 (32,4%) y grado IV 4 mujeres (3,6%). El compartimiento anterior se afectó en 63 (56,8%) mujeres, el compartimiento posterior en 10 (9%), el apical en 14 (12,6%), el anterior y posterior en 13 (11,7%), el anterior y apical en 9 (8,1%), y el prolapso total en 2 (8,1%).

En la tabla 2 se describen las cirugías de POP que se llevaron a cabo en las mujeres del estudio, así como la cirugía antiincontinencia asociada a la cirugía de POP.

**Tabla 2.** Tipos de cirugías realizadas

Tipo de cirugía	N=111 n (%)
<b>Cirugía con tejido nativo</b>	97 (87,4)
Colpoplastía anterior	14 (14,4)
Colpoplastía posterior	13 (13,4)
Histerectomía vaginal	11 (11,3)
Fijación ligamento sacroespinoso	3 (3,1)
Histerectomía total laparoscópica	5 (5,2)
Colpoplastía anterior, posterior e histerectomía vaginal	34 (35,1)
Colpoplastía anterior y posterior	11 (11,3)
Histerectomía vaginal y colpoplastia posterior	3 (3,1)
Histerectomía vaginal y colpoplastia anterior	2 (2,1)
Perineoplastia	1 (1)
<b>Cirugía con malla</b>	14 (12,6)
Posterior	1 (7,1)
Anterior	9 (64,2)
Sacrocolpopexia	4 (28,5)
<b>Cirugía de POP asociado a cirugía antiincontinencia</b>	85 (76,6)
TOT	71 (83,5)
TVT	11 (12,9)
TVT-O	2 (2,4%)
Minisling	1 (1,2%)

En la tabla 3 se observan los resultados de la función sexual preoperatoria y a un año posterior a la cirugía, la incontinencia asociada al coito se presentó en el 12.6% y 4.5% en el pre y posoperatorio respectivamente con una *p* de 0.035.

**Tabla 3.** Resultados de función sexual preoperatoria y postoperatoria a 12 meses

Vida Sexual	Preoperatoria n (%)	Postoperatoria 12 meses n (%)	p
Si	60 (54,1)	57 (51,4)	0,700
No	51 (45,9)	54 (48,6)	
<b>Resequedad Vaginal</b>			
Si	47 (42,3)	44 (39,6)	1,000
No	64 (57,7)	67 (60,4)	
<b>Deseo Sexual</b>			
Presente	63 (56,8)	53 (47,7)	0,134
Ausente	48 (43,2)	58 (52,3)	
<b>Dispareunia</b>			
Si	26 (23,4)	24 (21,6)	0,838
No	85 (76,6)	87 (78,4)	
<b>Incontinencia urinaria asociada al coito</b>			
Si	14 (12,6)	5 (4,5)	0,035
No	97 (87,4)	106 (95,5)	

$P < 0,05$

En la tabla 4 se encuentran los resultados comparativos de los síntomas sexuales de los grupos de tejido nativo y mallas en el preoperatorio y postoperatorio, además del análisis entre los grupos en el pre y postquirúrgico.

**Tabla 4.** Resultados grupos tejido nativo y malla

Síntoma	Tejido Nativo			Malla			p	p1	p2
	Preoperatorio n (%)	Postoperatoria n (%)	p	Preoperatoria n (%)	Postoperatoria n (%)	p			
<b>Vida Sexual</b>	54 (55,7)	53 (54,6)	1,000	6 (42,9)	4 (28,6)	0,625	0,403	0,088	
<b>Resequedad Vaginal</b>	36(37,1)	37 (38,1)	1,000	8 (57,1)	7 (50)	1,000	0,241	0,400	
<b>Deseo Sexual</b>	57 (58,8)	51 (52,6)	0,345	6 (42,9)	2 (14,3)	0,289	0,387	<b>0,009</b>	
<b>Dispareunia</b>	20 (20,6)	19 (19,6)	1,000	6 (42,9)	5 (35,7)	1,000	0,090	0,178	
<b>Incontinencia urinaria asociada al coito</b>	13 (13,4)	4 (4,1)	<b>0,022</b>	1 (7,1)	1 (7,1)	1,000	1,000	0,497	

$p < 0,05$ . **p1:** Preoperatorio Tejido Nativo vs. Malla. **p2:** Postoperatorio Tejido Nativo vs. Malla

En la tabla 5 se encuentra la comparación entre los grupos de tejido nativo y malla con cirugía concomitante antiincontinencia

**Tabla 5.** Cirugía antiincontinencia concomitante

	<b>Cirugía antiincontinencia n</b>	
Tejido Nativo	77/97	<i>p</i> 0,498
Malla	10/14	

## DISCUSIÓN

En nuestro estudio se evaluó la sintomatología sexual de mujeres con POP preoperatoriamente y al año después de cirugía reconstructiva de piso pélvico con tejido nativo y malla basados en la anamnesis según la terminología de la ICS.

La cirugía para corrección de prolapso genital femenino ha presentado grandes avances en los últimos años con la introducción de las mallas para su manejo. Hoy en día entonces contamos con dos alternativas para el manejo del prolapso genital femenino, la corrección con tejido nativo y con mallas. No existen muchos estudios que reporten específicamente resultados en cuanto a sintomatología sexual posterior a la cirugía de corrección del POP. En este estudio retrospectivo se evaluó la sintomatología sexual femenina según la terminología de la ICS, en pacientes con POP que fueron llevadas a cirugía de corrección con tejido nativo y malla.

La disfunción sexual en mujeres con alteraciones del piso pélvico e incontinencia urinaria tiene una incidencia que va desde el 25 hasta el 60%<sup>13</sup>. La corrección del POP no garantiza mejoría en la función sexual en estas pacientes. Existen estudios controversiales sobre el efecto de la cirugía de piso pélvico en la función sexual, todos con resultados disímiles, algunos reportan mejoría, otros no reportan efecto y otros deterioro de esta<sup>14-17</sup>.

Aslan y cols. evaluó la función sexual en pacientes a los 6 y 12 meses después de realizarles cirugía antiincontinencia con cinta mediouretral sola y cirugía antiincontinencia concomitante con cirugía de POP. Encontraron mejoría en el FSFI (Female Sexual Function Index) en las pacientes a las cuales solo se les puso cinta mediouretral, y en el grupo de cirugía antiincontinencia concomitante con cirugía de POP hubo empeoramiento significativo en el ítem de lubricación. Consideraron que la cirugía concomitante de POP afectó levemente la función sexual a diferencia de las pacientes a las que solo se les realizó cirugía con cinta mediouretral <sup>18</sup>. En contraste Jha y Gray realizaron un metanálisis del impacto de la cirugía de POP con tejido nativo en la función sexual, sugiriendo que esta mejoró significativamente y disminuyendo la dispareunia en estas pacientes <sup>19</sup>. En nuestro estudio no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes a las que se les realizó cirugía antiincontinencia concomitante. En el estudio de Wang y cols<sup>9</sup>. se encontró en las pacientes empeoramiento en los ítems de dispareunia y lubricación posterior a la cirugía de POP con malla. En contraste nuestro estudio no encontró diferencias estadísticamente significativas en dispareunia y otros síntomas sexuales acordes con los resultados del estudio PROSPECT<sup>20</sup>.

La incontinencia coital es un factor importante en la determinación de la función sexual después de la cirugía antiincontinencia y de POP, en el estudio de Bekker y cols. encontraron que las pacientes que tenían incontinencia asociada al coito previa a la cirugía mejoraron su función sexual en el postoperatorio en comparación con las pacientes que no tenían incontinencia asociada al coito, en nuestro estudio las pacientes mejoraron significativamente referente a este síntoma pero no hubo diferencia en los otros síntomas pudiéndose explicar esto a que nuestro estudio las pacientes tenían POP asociado<sup>21</sup>. La prevalencia de incontinencia asociada al coito varía del 10 al 56%<sup>22</sup> acorde a la encontrada en la población de este estudio (12.6%). En este estudio encontramos mejoría en incontinencia asociada al coito posterior a la cirugía de corrección de POP cuando se interrogaron a las pacientes al año de control, pudiendo atribuirse esto al alto número de cirugías antiincontinencia concomitantes. Cuando se realiza el análisis secundario esta diferencia estadísticamente significativa se encontró en el grupo de mujeres de cirugía de POP con tejido nativo.

Hay múltiples factores que afectan la función sexual femenina, entre esos la menopausia, la cual tiene un efecto profundo en la calidad de vida y en los síntomas

de disfunción de piso pélvico. Sin embargo varios estudios no muestran diferencia significativa de la función sexual entre las mujeres premenopausicas y postmenopausicas antes y despues de la cirugía de POP. La resequedad vaginal que es uno de los sintomas asociados a la menopausia, no mostro una diferencia estadisticamente significativa en nuestra población.

Se encontro diferencia estadisticamente significativa en el deseo sexual entre las pacientes postoperadas al año de seguimiento con tejido nativo y malla, presentando menor deseo sexual las pacientes con malla, puede ser esto atribuible a la diferencia en el tamaño de las muestras entre los dos grupos, aunque consideramos que el temor de tener un cuerpo extraño en las pacientes con malla puede jugar un papel importante en la líbido de las pacientes.

Las limitaciones que encontramos es que se trata de un estudio de corte retrospectivo, que evalua la sintomatología sexual al interrogatorio según los criterios de la ICS pero no se utilizo algun cuestionario de función sexual para tener resultados mas objetivos.

## **CONCLUSIÓN**

No hay diferencia en vida sexual activa, resequedad vaginal, deseo sexual y dispareunia en pacientes con POP que se les realizó cirugía reconstructiva de piso pélvico al año de seguimiento. Hubo una disminución estadísticamente significativa en la incontinencia urinaria asociada al coito y en la líbido de las pacientes del grupo de malla en el primer año de seguimiento.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Delancey JO. Graphic integration of causal factors of pelvic floor disorders: an integrated life span model. *Am J Obstet Gynecol*. 2008 Dec;199(6): 610.e1-5.
2. Haylen B. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Organ Prolapse (POP). *Neurourology and Urodynamics*. 2016;35(2):137-168.
3. Swift SE. The distribution of pelvic organ support in a population of female subjects seen for routine gynecologic healthcare. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183:277–85.
4. Subak LL. Cost of pelvic organ prolapse surgery in the United States. *Obstet Gynecol*. 2001;98(4):646–51.
5. Luber KM. The demographics of pelvic floor disorders: current observations and future projections. *Am J Obstet Gynecol*. 2001,184(7):1496-501
6. Rogers RG. A short form of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2003;14:164–168.
7. Pauls R. Sexual function after vaginal surgery for pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2007;197(6):622.e1-622.e7.
8. Schiavi M. Long-term experience of vaginal vault prolapse prevention at hysterectomy time by modified McCall culdoplasty or Shull suspension: Clinical, sexual and quality of life assessment after surgical intervention. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2018; 223:113-118.
9. Pauls R. Sexual function after vaginal surgery for pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2007;197(6):622.e1-622.e7.
10. Wang C. Impact of total vaginal mesh surgery for pelvic organ prolapse on female sexual function. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2011;115(2):167-170.
11. Vitale S. Transvaginal Bilateral Sacrospinous Fixation after Second Recurrence of Vaginal Vault Prolapse: Efficacy and Impact on Quality of Life and Sexuality. *BioMed Research International*. 2018;2018:1-6.
12. Haylen B. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). *International Urogynecology Journal*. 2016;27(2):165-194.
13. Handa VL. Female sexual function and pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol* 2008; 111: 1045–1052.
14. Rogers RG. Does sexual function change after surgery for stress urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse? A multicenter prospective study. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195:e1–e4.
15. Stoutjesdijk JA. Does vaginal reconstructive surgery with or without vaginal hysterectomy or trachelectomy improve sexual well being? A prospective follow-up study. *Int Urogynecol. J Pelvic Floor Dysfunct* 2006; 17:131–135.
16. Pauls RN. Sexual function after vaginal surgery for pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 197: 622.e1–e7.
17. Dalpiaz O. Sexual medicine female sexual dysfunction: a new urogynaecological research field. *BJU Int* 2008; 101: 717–721
18. Aslan E. Effects of Transobturator Midurethral Sling Surgery on Sexual Functions: One-Year Follow-Up. *Gynecologic and Obstetric Investigation*. 2017;83(2):187-197.
19. Jha S. A systematic review and metaanalysis of the impact of native tissue repair for pelvic organ prolapse on sexual function. *Int Urogynecol J* 2015; 26: 321–327.
20. Glazener C. Mesh, graft, or standard repair for women having primary transvaginal anterior or posterior compartment prolapse surgery: two parallel-group, multicentre, randomised, controlled trials (PROSPECT). *The Lancet*. 2017;389(10067):381-392.
21. Bekker M. Sexual function improvement following surgery for stress incontinence: the relevance of coital incontinence. *J Sex Med* 2009; 6: 3208– 3213
22. Berthier A. Sexual function in women following the transvaginal tension-free tape procedure for incontinence. *Int J Gynaecol Obstet* 2008; 102: 105–109.